

**សេវាកម្ម ហ្សស្តូ និង មេសូតឌីស្ត Houston Methodist)**  
**គោលនយោបាយ FI49**

**កម្មវត្ថុ ៖**  
 ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

**កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាព៖**  
 មករា 1, 2016

**អនុវត្តចំពោះ៖**  
 មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist Hospitals)

**កាលបរិច្ឆេទកែតម្រូវឡើងវិញ/ពិនិត្យឡើងវិញ**  
 មករា 1, 2016

**ទីកន្លែងចាប់ផ្តើម៖**  
 ក្រុមប្រឹក្សា រ៉េវ៉េន្យូ ស៊ីកល (Revenue Cycle Council)

**កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យឡើងវិញតាមគោលដៅ៖**  
 មករា 1, 2019

**I. គោលនយោបាយ**

សេវាកម្ម ហ្សស្តូ និង មេសូតឌីស្ត Houston Methodist (HM) ប្តេជ្ញាថា ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ជូនបុគ្គលនានា ដែលមានតម្រូវការថែទាំសុខភាព និងអ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមានធានារ៉ាប់រងមិនពេញលេញហើយមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលប្រតិបត្តិការ របៀបផ្សេងទៀត មិនអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលរួមមានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដូចដែលបានកំណត់នៅទីនេះដោយផ្អែកលើស្ថានភាពបញ្ញវត្ថុ ជាលក្ខណៈបុគ្គលរបស់ពួកគេ។ ដោយស្របតាមគោលបំណង HM ដើម្បីផ្តល់ជូនការថែទាំសុខភាពប្រសិទ្ធភាពថ្លៃថ្នូរណាមួយ ដែលមានគុណភាពខ្ពស់និងដើម្បីគាំទ្រអ្នកទាំងនោះដែលមានតម្រូវការសេវាកម្ម ហ្សស្តូ និង មេសូតឌីស្ត HM ដើម្បីធានាថាអ្នកទាំងនោះដែលមានតម្រូវការសេវាកម្ម មិនត្រូវបានរារាំងពីការទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ឡើយ។ សេវាកម្ម ហ្សស្តូ និង មេសូតឌីស្ត និងផ្តល់ជូនដោយគ្មាន ការរើសអើង ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយគ្មានការរើសអើង ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយមិនគិតពីសមត្ថភាពអ្នកជម្ងឺ ដើម្បីបង់ប្រាក់ឡើយ។

គោលនយោបាយនេះ មានរាប់បញ្ចូល លក្ខណៈជាក់លាក់ពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ការវិនិច្ឆ័យភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ដំណើរការអនុម័ត មូលដ្ឋានសម្រាប់ការគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទូទាត់វិក្កយបត្រ ការជូនដំណឹង និងការផ្តល់តាមប្រសិទ្ធភាពយុទ្ធសាស្ត្រទាមទារនានា នីតិវិធីនៃការប្រមូលប្រាក់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលមិនបានបង់ព្រឹឈ្មោះ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមិនចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងពីគោលនយោបាយនេះ (ឧបសម្ព័ន្ធ C) ហើយក៏ផ្តល់ជូនសេចក្តីសង្ខេបជាភាសាងាយយល់អំពីគោលនយោបាយនេះផងដែរ(ឧបសម្ព័ន្ធ A)។

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាការជំនួសឱ្យទទួលបានបន្ទុកផ្ទាល់ខ្លួនឡើយអ្នកជម្ងឺនានាត្រូវបានគេរំពឹងថា ចូលរួមចំណែកការចេញថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពពួកគេ ដោយផ្អែកលើសមត្ថភាពបង់ប្រាក់ និងគោលតាមនីតិវិធីសម្រាប់ការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ បុគ្គលនានាដែលមានសមត្ថភាពខាងហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីទិញធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងត្រូវបានជម្រុញលើកទឹកចិត្តឱ្យធ្វើដូច្នោះ ដែលជាមធ្យោបាយនៃការផ្តល់ជូនការទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ អ្នកជម្ងឺទាំងឡាយដែលអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ជាអ្នកជម្ងឺនៅសាលាជីវិត Houston Methodist Global ត្រូវបានលើកលែងពីគោលនយោបាយនេះ។

ដោយស្របតាមអ្នកតំណាងខាងហិរញ្ញវត្ថុ ត្រីមត្រូវ និងអាចធ្វើឱ្យដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពជូនពលរដ្ឋដ៏ច្រើនដែលមានតម្រូវការនោះ គណៈកម្មការនាយក HM បានបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំអំពីការផ្តល់ជូនការធ្វើវិភាគទានដល់អ្នកជម្ងឺ ដូចខាងក្រោម។

**II. និយមន័យ**

- ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ៖ សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរពេទ្យ ដោយគ្មានការគិតថ្លៃ ឬការបញ្ចុះតម្លៃចំពោះអ្នកជម្ងឺ នានា ដែលបានអនុម័តចំពោះជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឡើយ។
- ក្រុមគ្រួសារ៖ ដោយប្រើនិយមន័យពីការិយាល័យជំរឿនប្រជាជន ក្រុមមនុស្សពីរនាក់ ឬច្រើននាក់ ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា និងអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការយកមកចិញ្ចឹមជាកូន។ ដោយយោងតាមបទបញ្ជាសេវាកម្មប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង ទីនោះ ប្រសិនបើអ្នកជម្ងឺម្នាក់អះអាងបញ្ជាក់ថា អ្នកណាម្នាក់ជាមនុស្សនៅក្នុង ឯបន្ទប់ ក៏ចំពោះរបាយការណ៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេនោះ ពួកគេអាចត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាមនុស្សនៅក្នុង ឯបន្ទប់ ក៏សម្រាប់គោលបំណងនៃការបញ្ជាក់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ។
- ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារ៖ ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារ ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានមុនកាត់ពន្ធ ត្រូវបានកំណត់ដោយប្រើនិយមន័យពីការិយាល័យជំរឿនប្រជាជន ដែលប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលខាងក្រោម នៅពេលការគណនាកម្រិតភាពក្រីក្រថ្នាក់សហព័ន្ធ (FPL)៖
  - ការរកប្រាក់ចំណូល សំណងពេលគ្មានការងារធ្វើ សំណងកម្មករ ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម ជំនួយរដ្ឋ ការបង់ប្រាក់អតីតយុទ្ធជន ការធានារ៉ាប់រងអ្នករស់នៅក្រោយពីគ្រោះថ្នាក់ ប្រាក់ចំណូលចូលនិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ ការប្រាក់ និងប្រាក់ចំណេញ (ដោយមិនរាប់បញ្ចូល លក់ដីស្រែ និងការខាតបង់ដើមទុន ការជួល ថ្លៃស្នូលសារ ប្រាក់ចំណូលពីអចលនទ្រព្យ ទ្រព្យក្នុង ឯអាណត្តិ ព្យាបាលភាពជំនួយខាងសិក្សា សោធនអាហារកិច្ចប្រអាហារកិច្ច ការឧបត្ថម្ភគាំទ្រកុមារ ជំនួយពីខាងក្រៅក្រុមគ្រួសារ និងប្រកបរបររបស់បន្សំ ផ្សេងៗទៀត
  - ការធានារ៉ាប់រងមិនមែនជាសាច់ប្រាក់(ដូចជាប័ណ្ណជនក្រីក្រ ក្រុមការងារស្ត្រីចោក និងការឧបត្ថម្ភផ្ទះសំបែង) មិនរាប់បញ្ចូលឡើយ
  - ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់រស់នៅជាមួយក្រុមគ្រួសារមួយ សូមរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលនៃសមាជិកក្រុមគ្រួសារទាំងអស់។ មិនមែនសាច់ប្រាក់ ដូចជាអ្នករស់នៅរួមគ្នា ឯផ្ទះមួយ មិនរាប់បញ្ចូលឡើយ។
- អ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រង៖ អ្នកជម្ងឺ ដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង ឬជំនួយពីភាគីទីបី
- អ្នកមានធានារ៉ាប់រងមិនពេញលេញ៖ អ្នកជម្ងឺ ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬជំនួយពីភាគីទីបី ខ្លះ ដែលជាអ្នកមានសេវាកម្មមិនចេញថ្លៃ និងឬ ការចំណាយចេញពីហៅប៉ៅដែលហួសពីសមត្ថភាពប្រាក់កាសរបស់គាត់នាង។
- Houston Methodist Global៖ សាធារណៈ Houston Methodist ដែលបម្រើអ្នកជម្ងឺ ដូចខាងក្រោម៖
  - ភាពជាពលរដ្ឋនៅបរទេស;
  - កាន់លិខិតឆ្លងដែនដែលមានសុពលភាព
  - និវត្តន៍នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ក៏ដែលរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅបរទេស
  - ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ក៏ដែលបម្រើការនៅបរទេសដែលមានរយៈពេលច្រើនជាងប្រាំមួយខែក្នុងមួយឆ្នាំ ។
- ការចំណាយសរុប៖ អ្នកជម្ងឺ ចំណាយការអនុវត្តន៍ចំពោះការទូទាត់សង ឬការបញ្ចុះតម្លៃតាមកិច្ចសន្យា
- ភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទូទៅ(AGB)៖ ភាគរយនៃការទូទាត់ប្រាក់ជាមធ្យមដែលមន្ទីរពេទ្យHM ទទួលបានសម្រាប់សេវាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីកម្មវិធីមេឌីយែរ (Medicare) និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឯកជន (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធB)។ ភាគរយនៃ AGB ត្រូវបានគណនាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យHM នីមួយៗនៅក្នុង រយៈពេល20 ថ្ងៃ នៃថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ការប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រពិនិត្យថយក្រោយវិញដែលរួមមានការទាមទារនានាដែលដំណើរការតាមឆ្នាំប្រតិទិនពីមុន។

- ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ បានកំណត់អត្តន័យកន្លែង 1867 នៃច្បាប់ស្តីពី ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិ (Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd)។
- ភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ដូចដែលបានកំណត់ដោយកម្មវិធី មេឌីមែរ (Medicare) (សេវាកម្មនានា ឬវត្ត ឬរបស់អ្វី ៗដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់សម្រាប់ការធ្វើ ពាគី និង ថ្លៃ ឬការព្យាបាលជម្ងឺ ឬរូបរាង

**III. នីតិវិធី**

**A. របៀបដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

1. ដើម្បី របៀបដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, អ្នកជម្ងឺ អាចទទួលពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (FAA) មិនបង់ប្រាក់ ដូចខាងក្រោម៖

- a. ពិភាក្សាជាមួយទី ប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ នៅអំឡុងពេលសេវាកម្ម
- b. ទាញយកឬដានឡ តពីវិបសាយ M តាមអាសយដ្ឋាន [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing)
- c. សូមហៅទូរស័ព្ទមកការិយាល័យកិច្ចការជំនួយថ្នាក់កណ្តាល M ដែលមានដំណើរការពី ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 ល្ងាច, ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12:00 ល្ងាច តាមលេខទូរស័ព្ទ 832-667-5900 ឬហៅទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ តាមលេខ 877-493-3228; ឬ
- d. តាមរយៈប៉ុស្តិ៍ស្ត្រូសណីយ៍៖

Houston Methodist  
 Centralized Business Office  
 Attn: Financial Assistance Unit  
 701 S. Fry Road  
 Katy, TX 77450

2. នៅពេលលោកអ្នកបានទទួល FAA សូមបំពេញពាក្យសុំដោយពេលវេលា, ប្រមូលនិងភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រដែលទាមទារនិងបញ្ជី ឯកសារទាំងអស់តាមវិធី ដូចខាងក្រោមដូចខាងក្រោម៖

- a. តាមប៉ុស្តិ៍ស្ត្រូសណីយ៍៖
  - Houston Methodist
  - Centralized Business Office
  - Attn: Financial Assistance Unit
  - 701 Fry Road
  - 702 Katy, TX 77450
- b. យកទៅឱ្យនិ ងឬដាក់នៅសមាជិកក្រុមការងារ Patient Access; ឬ
- c. ទូរសារលេខ 832-667-5995។

3. គេចង់បានបែបនេះ ប៉ុន្តែមិនតម្រូវថា សំណើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងការកំណត់តម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុ ដែលកើតមានឡើង មុនការប្រគល់ជូនសេវាកម្មចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រមិនបន្ទាន់។ ប៉ុន្តែការកំណត់នេះ អាចអនុវត្តនៅចំណុចណាមួយ នៅក្នុង ឧបនៃការប្រមូលប្រាក់។ តម្រូវការសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ត្រូវវាយតម្លៃនៅខណៈពេលសេវាកម្មបន្ត នីមួយៗ ប្រសិនបើការវាយតម្លៃហិរញ្ញវត្ថុ ចុងក្រោយ បានបញ្ចប់ច្រើនជាងមួយឆ្នាំមុន ឬនៅគ្រប់ពេលដែល ព័ត៌មានបន្ថែម ពាក់ព័ន្ធនឹងភាពមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ចំពោះអ្នកជម្រាបជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលបានដឹង។
4. គុណសម្បត្តិ HM នៃសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់មនុស្ស និង អ្នកតំណាង នឹងឆ្លងបញ្ជាំងនៅក្នុងដំណើរការអនុវត្តន៍ និងការអនុម័ត។ សំណើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នឹងត្រូវដំណើរការភ្លាមៗ ហើយ M នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជម្ងឺ ឬបេក្ខជនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ នៃការទទួលពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ FAA។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នឹងត្រូវអនុម័តប្រសិនបើសេចក្តីផ្តិតពិន័យ AA ដែលពេញលេញ និងការផ្តល់ជូនផ្សេងៗពីគោលនយោបាយ នេះ (ឧ. សូមមើលខាងក្រោម)។

**B. សេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពខាងក្រោម មានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ៖**

1. សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលបានផ្តល់ជូនការដាក់ក្នុង ឧបនៃសង្គ្រោះបន្ទាន់
2. សេវាកម្មនានាសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនត្រូវព្យាបាលបន្ទាន់ និងអាចនាំឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរ រមិនល្អចំពោះ ស្ថានភាពសុខភាពបុគ្គល។
3. សេវាកម្មគ្មានជម្រើស ដែលផ្តល់ជូនការឆ្លើយតបចំពោះស្ថានភាពគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតនៅចំពោះការដាក់ក្នុង ឧបនៃមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និង
4. សេវាកម្មចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ បានវាយតម្លៃដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានមួយៗតាមឆន្ទានុសិទ្ធិរបស់ M។

**C. ដំណើរការភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុ នឹងត្រូវកំណត់ស្របតាមដំណើរការវាយតម្លៃជាលក្ខណៈបុគ្គល ដែលមានចំណុចដូចខាងក្រោម៖**

1. ដំណើរការអនុវត្តន៍ដែលមានកម្រិតខ្ពស់បំផុតក្នុងការបំពេញពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (FAA – ឧបសម្ព័ន្ធ D);
2. ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យដែលអាចមានជាសាធារណៈ ដែលផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសមត្ថភាពអ្នកជម្ងឺ ឬសមត្ថភាពនានា របស់អ្នកជម្ងឺ ដើម្បីបង្កើនប្រាក់ដូចជាការកត់ត្រាឥណទាន);
3. ការខិតខំប្រឹងប្រែងដែលសមហេតុផលដោយ HM ដើម្បីពិនិត្យប្រភពនៃការបង់ប្រាក់ដែលមានជម្រើសសមរម្យ និងការចេញថ្លៃពីកម្មវិធីបង់ប្រាក់ពីរដ្ឋ និងឯកជន ដែលរួមមានជំនួយចំពោះអ្នកជម្ងឺនានា ដើម្បីអនុវត្តកម្មវិធីបែបនេះ; និង
4. ការវាយតម្លៃទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលអាចមានរបស់អ្នកជម្ងឺ និងប្រភពធនធានហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងៗទៀត។

**D. ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលសន្សំពាក់ព័ន្ធនឹងការលាក់លាភអាចមានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីរៀបចំការសម្រេចចុងក្រោយចំពោះជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដោយគ្មាន AA ដែលពេញលេញ។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលផ្អែកលើការយល់ឃើញ នឹងត្រូវបានវាយតម្លៃនិងត្រូវបានវាយតម្លៃឡើងវិញតាមកាលបរិច្ឆេទនីមួយៗនៃសេវាកម្ម។ ឧទាហរណ៍មួយចំនួន M អាចប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលផ្អែកលើការយល់ឃើញមាន៖**

1. គ្មានផ្ទះសំបែង ឬបានទទួលការថែទាំពីគ្លីនិកគ្មានផ្ទះសំបែង;

2. ការចូលរួមកម្មវិធីស្រ្តី ទារក និងកុមារ(WIC);
3. ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប័ណ្ណជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោក
4. ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីជំនួយថ្នាក់រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានផ្សេងៗទៀត មិនផ្តល់ប្រាក់ កម្មវិធីមេឌីមេត Medicaid ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយខាងលើស្រាប់;
5. ប្រាក់ចំណូលទាបផ្ទះសំបែងដែលខ្ពស់ ដែលផ្តល់ជូនតាមអាសយដ្ឋានដែលមានសុពលភាព;
6. អ្នកជម្ងឺស្លាប់ ដោយមិនដឹងអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ ឯ
7. យើងនឹងទិញព័ត៌មានតាមមូលដ្ឋានធម្មតា។

E. **ចំនួនទឹកប្រាក់បានបង់តាមវិក្កយបត្រ** ពេលការថែទាំសុខភាពត្រូវបានបញ្ជាក់ចំពោះភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដែលស្ថិតក្រោមគោលនយោបាយនេះការទូទាត់វិក្កយបត្រអ្នកជម្ងឺនឹងត្រូវបានកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់មិនច្រើនជាង 20% ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទូទាត់វិក្កយបត្រនៃផ្នែកលើភាគរយដែលត្រូវអនុវត្ត AAGB, បានអនុវត្តចំពោះការគិតថ្លៃឈ្នួលសរុបដោយស្របតាមប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអ្នកជម្ងឺដែលជាកត្តាមួយនៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ (FPL) ដែលរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម៖

1. ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារអ្នកជម្ងឺ មានត្រឹម 200% ឬក្រោមនេះ នៃកម្រិតភាពក្រីក្រថ្នាក់សហព័ន្ធ FPL - 0% នៃភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទៅ AAGB;
2. ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារអ្នកជម្ងឺ មានលើសពី 200% ប៉ុន្តែមិនច្រើនជាង 300% - 50% នៃភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទៅ AAGB; និង
3. ប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារអ្នកជម្ងឺ មានលើសពី 300% ប៉ុន្តែមិនច្រើនជាង 400% - 100% នៃភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទៅ AAGB.

F. **ជំហានប្រមូលប្រាក់ក្នុងករណីគ្មានការទូទាត់ប្រាក់** ចំពោះករណីនានាដែលអ្នកជម្ងឺមិនបង់ប្រាក់នូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទូទាត់វិក្កយបត្រ(ផ្នែក III, E. ខាងលើ), ថ្នាក់ដឹកនាំ HM នឹងប្រតិបត្តិ តាមគោលនយោបាយស្តីពីការប្រមូលប្រាក់ដែលបានបង្កើតរបស់ខ្លួន ដែលនឹងរាប់បញ្ចូលជម្រើសនៃការបង់ប្រាក់ដែលពន្យារពេល។ នៅពេលឆាប់នេះ HM កំណត់ឱ្យគោរពតាមវិធានការប្រមូលប្រាក់ធម្មតា ដូចជាការផ្គត់ផ្គង់ប្រាក់ឈ្នួល ឯកសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនចំពោះការស្នាក់អាស្រ័យបឋម ការជូនដំណឹងការ យាល់ឃតណាទាន ឬវិធានការផ្សេងៗទៀត។ ឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់ស្តីពីគោលនយោបាយប្រមូលប្រាក់របស់ HM អាចទទួលបានដោយឥតគិតថ្លៃតាមដំណាក់កាលមួយនៃដំណាក់កាលនានាដែលរៀបរាប់ដូចខាងក្រោមនៅក្នុង ផ្នែក III, A., 1. a. - d.

G. **ការជូនដំណឹងអំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងតម្រូវឱ្យមានការកំណត់លក្ខខណ្ឌទាមទារនានាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ** ជូនដំណឹងអំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងតម្រូវឱ្យមានការកំណត់លក្ខខណ្ឌទាមទារនានាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលអាចរាប់បញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ចំពោះការបោះពុម្ពផ្សាយអំពីការជូនដំណឹងនានាចំពោះវិក្កយបត្រអ្នកជម្ងឺ ឡើយការជូនដំណឹងនានានៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពបន្ទាន់; ទម្រង់បែបបទស្តីពីលក្ខខណ្ឌអនុញ្ញាតការអនុញ្ញាតឱ្យចូល និងនាយកដ្ឋានចុះបញ្ជី ការ និងនៅតាមទីកន្លែងសាធារណៈផ្សេងៗទៀត ដែល HM អាចជ្រើសរើស។ HM អាចបោះពុម្ព និងជូនដំណឹងដល់សាធារណៈជនយ៉ាងទូលំទូលាយផងដែរ អំពីសេចក្តីសង្ខេបនៃគោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នៅលើវិបសាយមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្លួន ឯកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយដែលអាចមាននៅក្នុង វេបសាយចូលប្រើដោយអ្នកជម្ងឺ និងនៅទីកន្លែងផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងគម្របដែលបម្រើការដោយ HM។ ការជូនដំណឹង និងព័ត៌មានសង្ខេបបែបនេះ នឹងផ្តល់ជូនជាភាសាដើមជាច្រើន ដែលនិយាយដោយប្រជាពលរដ្ឋដែលបម្រើការដោយ HM។ ការបញ្ជូនអ្នកជម្ងឺសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អាចត្រូវបានចំដោយសមាជិកណាម្នាក់នៃបុគ្គលិកសេវាកម្ម HM ឬបុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សំណើសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអ្នកជម្ងឺ ឬសមាជិកក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ ឬសមាគមនៃអ្នកជម្ងឺ ដែលកំណត់ចំពោះច្បាប់ស្តីពីស្ថិតិភាពដែលត្រូវអនុវត្ត។

H. **តម្រូវការទាមទារនានាដែលអនុវត្តតាមបទបញ្ជា។** ចំពោះការអនុវត្តន៍គោលនយោបាយនេះ HM នឹងគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាន បទបញ្ជា និងបទបញ្ញត្តិ នានាដែលអនុវត្តចំពោះសកម្មភាពទាំងឡាយ ដែលអនុវត្តស្របតាមគោលនយោបាយនេះ។

I. **ឯកសារយោងដែលមានសិទ្ធិ អនុញ្ញាត។**

1. ច្បាប់ស្តី ពី ការការពារអ្នកជម្ងឺ និងការថែទាំសុខភាពដែលល្អមនី ងចំណាយបាន ឆ្នាំ២០១០;
2. ច្បាប់ស្តី ពី ប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង, ង នៅផ្នែក (r)(4)-(r)(6);
3. គោលនយោបាយស្តី ពី ជម្រើសការបង់ប្រាក់ដែលពន្យារពេល(F186); និង
4. គោលនយោបាយស្តី ពី ការប្រមូលប្រាក់ (F185)។

បានផ្តល់អនុសាសន៍ដោយក្រុមប្រឹក្សា វិស័យ រំលែក (Revenue Cycle Council)  
បានអនុម័តដោយគណៈកម្មការនាយកសេវាកម្ម ហូស្តុង, ន មេសូតិឌី (Houston Methodist)

បានអនុញ្ញាតដោយប្រធានភ្នាក់ងាររដ្ឋបាល៖

(បានចុះហត្ថលេខាលើឯកសារសំណៅដើម)

---

M. Boom  
នាយក  
ប្រធានភ្នាក់ងារប្រតិបត្តិ ការ  
សេវាកម្ម ហូស្តុង, ន មេសូតិឌី (Houston Methodist)

---

កាលបរិច្ឆេទ

# ឧបសម្ព័ន្ធ A

សេចក្តី សង្ខេបអំពី ភាសាងាយយល់

គោលនយោបាយស្តី ពី ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist)

សេវាកម្ម ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) ប្តេជ្ញាចិត្តផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ជូនបុគ្គលនានា ដែលអ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រង ឬ អ្នកមានធានារ៉ាប់រងមិនពេញលេញ ដែលមិនមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលឬតាមរបៀបផ្សេងទៀត មិនអាចបង់ប្រាក់ សម្រាប់ការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ ផ្ទាល់ខ្លួន ណាមួយ។

អ្នកជម្ងឺ នានាដែលប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេមានត្រឹម 200% ឬក្រោមនេះ នៃកម្រិតភាពក្រីក្រថ្នាក់សហព័ន្ធ (FPL) នោះ មានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ទទួលបានសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ និងអ្នកជម្ងឺ នានាដែលប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេមានលើសពី 200% ប៉ុន្តែមិនច្រើនជាង 400% នៃ FPL នោះ មានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ទទួលបានសេវាកម្មនានាតាមចំនួនដែលបានចុះថ្លៃ។ អត្រាបញ្ចុះតម្លៃមិន លើសពី ចំនួនទឹកប្រាក់មធ្យមនៃ ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) នឹងទទួលបានបង់ប្រាក់ពី ការធានារ៉ាប់រងជាលក្ខណៈ ឯកជន និងមេឌី វែរ (Medicare), ដែលមានការទូទាត់ប្រាក់អ្នកជម្ងឺណាមួយក្នុង ឯកសារបែបបទស្តី ពី ការដកហូតយកប្រាក់ ការបង់ប្រាក់រួមគ្នានិង ការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យរៀបចំការបង់ប្រាក់ជាមុន ឬការរៀបចំបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ មុន ការប្រគល់ជូនសេវាកម្មនានាឡើយ។ ប៉ុន្តែអ្នកតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចុះថ្លៃ ហើយអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់ចំនួន ទឹកប្រាក់ដែលបានចុះថ្លៃពេញលេញឡើយ ក្រោយពីសេវាកម្មនានាត្រូវបានផ្តល់ជូននោះ ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) នឹងព្យាយាមប្រមូលចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចុះថ្លៃនេះ។ ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) នឹងផ្តល់ជូនរបាយការណ៍អំពី ការទូទាត់វិក្កយបត្រប្រចាំខែ ដែលស្នើសុំការបង់ប្រាក់ពីអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចុះថ្លៃបាន ការបង់ប្រាក់មួយដងនោះ ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) ផ្តល់ជូនជម្រើសនានាអំពី ការបង់ប្រាក់បន្តគិតតម្លៃ ការប្រាក់។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចុះថ្លៃណាមួយ នៅតែមិនទាន់បង់ប្រាក់នោះ នឹងត្រូវសងត្រឡប់ទៅទិញភ្នាក់ងារប្រមូលប្រាក់វាយ ភាគីទីបី សម្រាប់ការព្យាយាមប្រមូលប្រាក់បន្ថែម។ សកម្មភាពប្រមូលប្រាក់ភាគីទីបី នឹងមិនរាប់បញ្ចូលឯកសារផ្ទៃក្នុង ផ្លូវច្បាប់ ឬការជូនដំណឹងពីការ យាល់យឺតណាមួយ។

ឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់គិតតម្លៃ ស្តី ពី គោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist), គោលនយោបាយស្តី ពី ការអនុវត្តជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, និងការប្រមូលប្រាក់ ដែលអាចមាននៅលើវិបសាយ ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) តាមអាសយដ្ឋាន [www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing), ដែលអាចមាននៅទីនៃការអនុញ្ញាតឱ្យចូល និងការចុះបញ្ជី ឈ្មោះ អាចទទួលបានដោយទាក់ទងមកការ យាល់យឺត ការជំនួញថ្នាក់កណ្តាល តាមលេខ (ក្នុងស្រុក 832-667-5900, (ឥតគិតថ្លៃ) 877-493-3228, និងអាចត្រូវបានស្នើសុំតាមប៊ូស្តប្រៃសណីយ៍ ៖

សេវាកម្ម ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist)  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

សេចក្តី សង្ខេបអំពី ភាសាងាយយល់នេះ, គោលនយោបាយស្តី ពី ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគោលនយោបាយស្តី ពី ការអនុវត្តជំនួយហិរញ្ញ វត្ថុ, និងការប្រមូលប្រាក់ អាចមានជាភាសាជាច្រើន តាមការទាក់ទងនានាដែលបានរៀបរាប់បញ្ជី ខាងលើ។

អង្គភាពជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, ហ្សស្ត, ន មេសូតឌីស្ត (Houston Methodist) ដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានា និងផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពី គោលនយោបាយស្តី ពី ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, ដើម្បី ជួយអ្នកចំពោះដំណើរការដាក់ពាក្យសុំ។ អ្នកអាចជួបសមាជិកអង្គការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, ពី ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ នៅចន្លោះម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ 7:00 ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ នៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 12:00 រសៀល តាមលេខ 832-667-5900 ឬ 877-493-3228។

នៅពេលលោកអ្នកបានបំពេញពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, សូមភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រដែលទាមទារទាំងអស់និមួយៗ, នតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ទៅអង្គការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ, (Financial Assistance Unit) សូមពិនិត្យមើលអាសយដ្ឋានដែលបានរៀបរាប់ខាងលើឬបញ្ជូនតាម ទូរសារទៅអង្គការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ(Financial Assistance Unit) តាមលេខ 832-667-5995។



## ឧបសម្ព័ន្ធ B

### ភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រគំរូ(AGB) ក្រដាសកិច្ចការសម្រាប់ការគណនា

ការគណនាប្រចាំឆ្នាំ ភាគរយភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទូទៅ  
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សេស្តូន មេតូឌីស្ត (Houston Methodist Hospital)

រយៈពេលនៃការវាស់វែងដែលពាក់ព័ន្ធ៖ មករា 1, 2015 – ធ្នូ 31, 2015

A	សេវាកម្មឥតគិតថ្លៃពី កម្មវិធី មេឌី មេឌី មេឌី Medicare បានអនុញ្ញាតនូវចំនួនទឹកប្រាក់ចំពោះការទាមទារនានាដែលបានបង់ប្រាក់នៅអំឡុងពេលពាក់ព័ន្ធ	\$
B	ការធានារ៉ាប់រងជាលក្ខណៈឯកជនបានអនុញ្ញាតនូវចំនួនទឹកប្រាក់ចំពោះការទាមទារនានាដែលបានបង់ប្រាក់នៅអំឡុងពេលពាក់ព័ន្ធ	\$
C	ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា, ការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នានិងការដកហូតយកប្រាក់ដែលបង់សម្រាប់អ្នកជំងឺនានាតាមការទាមទារដែលបានរៀបរាប់បញ្ជី នៅក្នុង A និង B នៅអំឡុងពេលពាក់ព័ន្ធ	\$
D	ការធានារ៉ាប់រងសរុបបានអនុញ្ញាតនូវចំនួនទឹកប្រាក់និងការទូទាត់ប្រាក់អ្នកជំងឺ (A+B+C ខាងលើ)	\$
E	ការគិតថ្លៃសរុបនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុង D ខាងលើ	\$
F	ភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់បង់វិក្កយបត្រទូទៅជាក់លាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ(AGB) (D/E)	%

សម្រាប់បញ្ជីរៀបរាប់ភាគរយAGB នាពេលថ្មីៗ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ ហ្សេស្តូន មេតូឌីស្ត (Houston Methodist) នីមួយៗនោះ សូមអនុវត្តតាមដំណាក់កាលមួយនៃដំណាក់កាលនានាដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែក A., A. a – d. ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

### ឧបសម្ព័ន្ធ C

បញ្ជី ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលត្រូវបានចេញថ្លៃដែលមិនត្រូវបានចេញថ្លៃពី គោលនយោបាយនេះ

	បានចេញថ្លៃ
អង្គភាព/ក្រុម/ការប្រតិបត្តិ	បាទ/ចាស/ទេ
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី (Houston Methodist Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ ហ្សូ កហ្គីវ វ៉េ(Houston Methodist Sugar Land Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ វីលឡូ វ៉ូ(Houston Methodist Willowbrook Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ វ៉េស(Houston Methodist West Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ សាន ដ្យាស៊ី (Houston Methodist San Jacinto Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ សាំង ជ័យ(Houston Methodist St. John Hospital)	បាទ/ចាស
មន្ទីរពេទ្យ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ស្តូ សាំង ខាតទីវី(Houston Methodist St. Catherine Hospital)	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Cinco Ranch	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Cypress	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Kirby	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Pearland	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Sienna Plantation	បាទ/ចាស
មជ្ឈមណ្ឌលរូបភាព (Houston Methodist Imaging Center): Voss	បាទ/ចាស
ក្រុមថែទាំសុខភាពបឋម ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ៤(Houston Methodist Primary Care Group)	ទេ
ក្រុមគ្រូពេទ្យជំនាញ ហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ៥(Houston Methodist Specialty Physician Group)	ទេ
ក្រុមគ្រូពេទ្យជំនាញ មិនមែនហ្សស្តូ ន មេសូតឌី ៥(Non-Houston Methodist Physician Groups (MDs ឯកជន))	ទេ
វិទ្យាសាស្ត្រផ្នែកថ្នាំស្លឹក ក (Anesthesiology): US Anesthesia Partners	ទេ
វិទ្យាសាស្ត្រផ្នែកថ្នាំស្លឹក ក (Anesthesiology): Baylor	ទេ
វិទ្យាសាស្ត្រផ្នែកថ្នាំស្លឹក ក (Anesthesiology): Space City Anesthesia	ទេ
គ្រូពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ (Emergency Physicians): EmergiGroup Physician Associates	ទេ
គ្រូពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ (Emergency Physicians): Neptune Emergency Services	ទេ
គ្រូពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ (Emergency Physicians): The Schumacher Group	ទេ
គ្រូពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ (Emergency Physicians): Kirby Emergency Physicians	ទេ
ពេទ្យជំនាញថែទាំអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ (Hospitalist): IPC - The Hospitalist Company PA	ទេ
ពេទ្យជំនាញថែទាំអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ (Hospitalist): Neptune Hospitalist Services, dba: Triton Hospitalist	ទេ
ពេទ្យជំនាញថែទាំអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ (Hospitalist): OB Hospitalist Group	ទេ
ពេទ្យជំនាញថែទាំអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ (Hospitalist): Sound Hospitalist Group of Texas	ទេ
សមាគមរូបភាព (MASTOS Imaging Associates)	ទេ
កូនទើបកើត (Newborns): Texas Children's Physician Services	ទេ

វេជ្ជសាស្ត្រ (Pathology): Coastal Pathology	១៩
វេជ្ជសាស្ត្រ (Pathology): Methodist Pathology Associates, PLLC	១៩
វេជ្ជសាស្ត្រ (Pathology): Baytown Radiology	១៩
វេជ្ជសាស្ត្រ (Pathology): Houston Radiology Associated	១៩

# ឧបសម្ព័ន្ធ D



## ការដាក់ពាក្យសុំ ដំឡើងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

សេចក្តីណែនាំ៖ សូមបំពេញ ដំបូង កន្លែងទំនេរទាំងអស់ ដូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើចំណុចមួយមិនអាចអនុវត្តបាន សូមសរសេរ/A។ ភ្ជាប់ការពន្យល់ចំណុចខាងក្រោម ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពអ្នកនាពេលថ្មីៗ៖

- បង្កាន់ដៃបង្កប់ប្រាក់តាមសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ (paycheck stub) នាពេលថ្មី របស់អ្នក ដែលបង្ហាញឱ្យឃើញពីទំហំប្រាក់ចំណូល YTD; 2. វិក្កន៍ប្រាក់ចំណូលនាពេលថ្មី របស់អ្នក ដែលមានលេខសម្គាល់ប្រាក់ចំណូល 3. សកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក ឬលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល ឬរបាយការណ៍ធនាគារ របៀបមានការកម្រិតប្រាក់ចំណូល 4. លិខិតសម្រេចពេលវេជ្ជសាស្ត្រ 5. ប័ណ្ណថែទាំសុខភាព (Harris Health System gold card)។ ប្រសិនបើគ្មានការងារធ្វើ ហើយដែលនៅក្នុង ឬបន្ត កម្មវិធីថែទាំប្រាក់ចំណូល ឆ្លង ការចំណាយលើការរស់នៅនោះ សូមភ្ជាប់លិខិតឧបត្ថម្ភគាំទ្រ និង ឯកសារព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល របៀបមានរៀបរាប់បញ្ជី ឈ្មោះដោយឧបត្ថម្ភនៅក្នុង ឬបន្ត កម្មវិធីថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយអំពីការបំពេញក្រុមប្រឹក្សានេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយភ្នាក់ងារសេវាអតិថិជន 493-3228 ច័ន្ទ-សុក្រ 7 ព្រឹក - 7 ល្ងាច, អាទិត្យ 8 ព្រឹក - 12 ល្ងាច។

សូមបញ្ជូន ពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងឯកសារគាំទ្រជូនទៅសមាជិកក្រុមការងារ Patient Access ណាមួយប្របញ្ជូន តាមមធ្យមសារតាមលេខ \$832) 667-5995 ឬតាមប៊ុស្កែស្រាវរកលើទូរស័ព្ទ Houston Methodist Centralized Business Office; Attn: Self Pay Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្តិត) \_\_\_\_\_ លេខទី ដ្ឋី ចលបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខការងាររបស់អ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះប្តីប្រពន្ធមាតាប្រពិ តាមអាណាព្យាបាល (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្តិត) លេខការងាររបស់អ្នកជម្ងឺ ចូល \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ \_\_\_\_\_

សេវាកម្មដែលស្នើសុំ៖ \_\_\_\_\_

លេខគណនី៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម៖ \_\_\_\_\_

ចំនួនកូនអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅផ្ទះ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ មនុស្សនៅក្នុង ផ្ទះ ឬ ក្រុម មនុស្ស \_\_\_\_\_

ទាក់ទងផ្ទាល់ \_\_\_\_\_

កូនចិញ្ចឹម \_\_\_\_\_

មិនទាក់ទង \_\_\_\_\_

អ្នកមើលថែទាំ \_\_\_\_\_

**ចំណាយផ្ទះសំបែង៖ សេវាកម្មប្រាក់ចំណូលថ្ងៃ**

ប្រចាំខែ

- ផ្ទះ
- ជាកម្មសិទ្ធិ
- បានបង់ថ្លៃ

កាបង់ថ្លៃប្រចាំខែ \$ \_\_\_\_\_

**ថយខ្លះ៖**

អត្ថិសនី \$ \_\_\_\_\_ ជាកម្មសិទ្ធិ # \_\_\_\_\_

ទឹក \$ \_\_\_\_\_ ចំណូល # \_\_\_\_\_

ហ្វ្រាស \$ \_\_\_\_\_ កាបង់ថ្លៃប្រចាំខែ \$ \_\_\_\_\_

អ្នកជម្ងឺ	ប្តី ឬប្រពន្ធអ្នកជម្ងឺ
និយោជក _____	និយោជក _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____
ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____	ចម្លើយ ការពេញម៉ោង _____

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុប \$ \_\_\_\_\_ /ខែ (ស្នើសុំ លិខិតបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំ)

\* រួមមាន ប្រាក់ខែទាំងអស់ កសិដ្ឋាន ឬការងារធ្វើ ជាម្ចាស់ខ្លួន និងផ្ទះខ្លួនផ្ទះ ការងាររបស់អ្នកជម្ងឺ ឬសំណងគ្មានការងារធ្វើ ធ្វើសំណងកម្មវិធី ការចូលនិវត្តន៍ ការងាររបស់អ្នកជម្ងឺ អាហារកិច្ច ការឧបត្ថម្ភកុមារ, ការចែករំលែកប្រាក់សម្រាប់កងទ័ព ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ប្រាក់ចំណូលនានា ប្រាក់ចំណេញ ការប្រាក់, ទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលផ្តល់ និងប្រភពចំណូលបន្ថែមផ្សេងៗទៀត។

**គណនីធនាគារទ្រព្យសម្បត្តិ ផ្សេងៗទៀត៖**

គណនី ចរន្ត	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	19	តុល្យភាព	\$ _____
គណនី សន្សំ	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	19	តុល្យភាព	\$ _____
ហ៊ុន ប័ណ្ណប្រាក់ដ្ឋាភិបាល ជាដើម	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	19	តុល្យភាព	\$ _____
ទ្រព្យសម្បត្តិ បន្ថែម	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	19	ពណ៌នា	_____

ខ្ញុំ បញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើ ពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ ដោយយល់ព្រមថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំខាងលើ អាចបាត់បង់ គ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ ដំណើរការ ឬ ដែលស្ថិតក្រោមការប្រឹក្សា ពីបុគ្គលិកផ្សេងៗ ឬ អ្នកផ្សេងៗ ដែលបានស្នើសុំខាងលើ ដើម្បី បាត់ បានការសម្រេច ដើម្បី ទទួលបានជំនួយបែបនេះ និងផ្តល់ឱកាសផ្សេងៗ ដល់លទ្ធផលនៃការដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល ខ្ញុំ ឬ ខ្ញុំ ផ្តល់ជូន ឬ ការងារប្រចាំថ្ងៃ ដើម្បី ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពណាមួយ ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់របាយការណ៍ដែលខ្ញុំ បានធ្វើ ។

(ហត្ថលេខាមាតាប្រពិ តាមអ្នកដាក់ពាក្យសុំ) \_\_\_\_\_ (កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_)

សូមបំពេញផ្នែកខាងនេះតែប៉ុណ្ណោះ។ \_\_\_\_\_ បាននិ ត្រឡប់ វិញ 2015